

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 125

UNE COMPLICATION DES FIBROMES UTÉRINS APRÈS LA MÉNOPAUSE

(LEUR GANGRÈNE ET LEUR NÉCROBIOSE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

René CARRIAT

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE BAYONNE

INTERNE A L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE PAU

Né à Saint-Étienne-de-Fursac (Creuse), le 21 Novembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		POUSSON, professeur	Juges.
		LAGRANGE, professeur	
		DUVERGEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 125

UNE COMPLICATION DES FIBROMES UTÉRINS APRÈS LA MÉNOPAUSE

(LEUR GANGRÈNE ET LEUR NÉCROBIOSE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

René CARRIAT

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE BAYONNE

INTERNE A L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE PAU

Né à Saint-Étienne-de-Fursac (Creuse), le 21 Novembre 1894

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur	<i>Président.</i>
POUSSON, professeur	<i>Juges.</i>
LAGRANGE, professeur	
DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZES.	Clinique médicale des maladies des enfants...	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PICQUE.	Chimie biologique et médicale...	DENIGES.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREULH.
Médecine légale et déontologie..	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	N....	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
	N....	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale....	N...	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie.....	N....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	GABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUBAT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a inspiré ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

UNE COMPLICATION DES FIBROMES UTÉRINS

APRÈS LA MÉNOPAUSE

(LEUR GANGRÈNE ET LEUR NÉCROBIOSE)

Étiologie.

Rien n'est plus variable que l'évolution des fibromyomes utérins. La règle générale veut que, d'une façon à peu près constante, ils s'accroissent progressivement pendant toute la période d'activité génitale de la femme. Cependant, bien souvent, ils demeurent indolents et de petit volume, ignorés de la malade elle-même, restant ainsi compatibles avec un état général satisfaisant. D'ailleurs, il est classiquement admis que la ménopause détermine au niveau de ces tumeurs utérines une condensation fibreuse, une certaine « sclérose dystrophique », qui se traduit au cours de leur évolution par un arrêt de leur développement et leur atrophie. Aussi n'est-il pas surprenant d'avoir vu autrefois, avec Hégar et Battey, pratiquer chez des malades atteintes d'hémorragies abondantes et portant un fibrome de croissance rapide, une castration tubo-ovarienne anticipée. La radiothérapie elle-même n'opère-t-elle pas d'ailleurs une castration artificielle par stérilisation ovarienne ? Bien que les radiothérapeutes veuillent voir là, parfois, une action directe sur le fibrome en dehors de toute action ovarienne. Malheureusement, la période de l'âge critique ne marque pas toujours ainsi un temps d'arrêt constant dans l'accrois-

sement des fibromes. C'est par contre, bien souvent, avec ou après elle, que l'on observe les complications les plus graves de ces tumeurs. Et nombreux sont, après la ménopause, les cas de dégénérescence des myomes; parmi ceux-ci, un des plus importants est le sphacèle. Ainsi, au cours de cette étude, nous relevons 16 observations de gangrène de fibromes utérins chez des malades déjà âgées. Et Hyenne, Piquand, Bisch, Trotobas ont montré avec une netteté parfaite, dans leurs thèses de doctorat, comment cette période de l'âge critique reste étroitement liée à ces phénomènes destructifs des tissus fibromateux. Pour Termier et Douvier, une fois sur trois cette phase apparaît comme la cause déterminante de la dégénérescence.

Ce sont ces divers processus nécrosiques des myomes utérins, survenant presque comme un épiphénomène morbide de l'âge ménopausique, que nous étudierons au cours de ce travail. En ce qui concerne la gangrène des fibromes sous-muqueux pédiculés ou sessiles, la pathogénie et la symptomatologie nous sont bien connues. Ces tumeurs exposées sont en effet, par leur situation particulière, prédisposées presque fatalement au sphacèle. Leur présence dans un milieu souvent septique fera que l'ulcération même la plus légère, occasionnée par des traumatismes divers, voire même la coexistence d'un épithélioma, tels que le relatent les exemples classiques de Quénu et de Walther, sera le point de départ d'une infection souvent grave. Quant aux polypes appendus à la cavité utérine par un pédicule plus ou moins grêle, aux causes précédentes favorisantes de l'infection microbienne s'ajouteront ici les troubles de nutrition de la tumeur, déterminés par la torsion ou l'étranglement du pédicule.

Mais, parallèlement à ce processus de nécrose, il se produit au sujet des fibromes sous-péritonéaux, et tout particulièrement des fibromes interstitiels, des altérations anatomiques spéciales décrites sous le terme de nécrobiose aseptique par Cornil, de « dégénérescence rouge » par les

auteurs anglais, et auxquelles les traités classiques ne consacrent guère que quelques lignes. Ce phénomène nécrobiotique est caractérisé par ce fait que les différents stades de dégénérescence des tissus se produisent en milieu complètement aseptique, alors même qu'au centre de la tumeur il n'existe plus qu'une bouillie puriforme. Actuellement, la plupart des auteurs sont unanimes à reconnaître que ce processus particulier de destruction n'est que la traduction immédiate d'un défaut de vascularisation à l'intérieur du myome ; et il faut admettre, en effet, avec Vautrin, que « le développement de ces tumeurs est en raison directe des apports nutritifs quelles reçoivent ». Pourquoi, maintenant, la nécrobiose est-elle relativement fréquente après la ménopause ? C'est probablement parce que la gêne circulatoire est importante au niveau de la tumeur, à une époque où les vaisseaux y sont le siège de lésions pathologiques multiples et de phénomènes particuliers de dégénérescence sénile, bien étudiée par Schwartz en 1903. L'artérite oblitérante, l'artério-sclérose, l'athérome sont fréquents dans les fibromes après la période de l'âge critique pour Le Dentu et Delbet. Faure et Siredey signalent d'autre part, tout particulièrement, combien est commune à cet âge l'hypertension artérielle ; cause probante des hémorragies interstitielles nombreuses rencontrées au niveau de ces tumeurs. Et Barbouth met en relief le rôle important joué dans la compression des vaisseaux nourriciers du myome par ces amas sanguins, provenant ainsi de la rupture des capillaires dilatés. A noter également, avec ce même auteur, la fréquence relative des thromboses artérielles et veineuses ; et enfin, avec Gambier, la présence de dépôts fibrineux à l'intérieur des artérioles par suite d'endartérite et, en dernier lieu, l'embolie artérielle. A côté de ces causes déterminantes, nous signalerons encore, avec Vautrin, comme cause favorisante, le rôle joué par les congestions accidentelles de l'utérus, conséquences habituelles du surmenage, de la constipation et des divers processus inflam-

matoires si fréquents au niveau de la « sphère génitale » chez la femme.

Nombreuses sont ainsi les conditions étiologiques capables d'engendrer les troubles circulatoires et la nécrobiose correspondante des fibromes interstitiels. Mais, sur ces tissus « frappés de mort et sans défense », selon l'expression de Lecène, la pénétration d'agents infectieux sera facile. Ceux-ci provenant, soit d'une infection générale par voie sanguine ou lymphatique, soit par contiguité avec le canal utéro-vaginal ou les organes voisins, soit enfin du fibrome lui-même, si l'on admet la théorie du microbisme latent avec Claisse. Il faut remarquer, à cet effet, avec Tuffier, Quénu et Potherat, que le sphacèle peut se produire en dehors de l'ischémie, par un simple processus inflammatoire.

Si, à tout cela, nous joignons enfin les diverses causes traumatisantes agissant sur l'utérus ou la tumeur : radiothérapie, électricité, acupuncture (obs. VIII), l'infiltration du fibrome par un épithélioma (obs. X et XI), l'adhérence à un organe voisin septique, tel que trompe suppurée, rectum (obs. V), nous aurons ainsi toutes les causes déterminantes de l'infection des myomes non exposés en voie d'évolution nécrobiotique si, comme cela est habituel, l'ischémie y a précédé l'infection.

Anatomie pathologique et pathogénie.

La gangrène des polypes utérins est, comme nous l'avons déjà dit, d'une observation courante, et son étude aussi complète que possible. Au début, la tumeur présente une coloration brun-violacé qui, par la suite, devient noirâtre. Le sphacèle débute habituellement à la périphérie, la nutrition centrale persistant encore un certain temps. Parfois aussi, dans les cas d'ischémie brusque par torsion du pédicule, la gangrène s'y fait en masse et globale. Le plus habituellement, on observe à la surface de la tumeur des plaques brunâtres nombreuses de tissus sphacelés qui ne tardent guère d'ailleurs à devenir confluentes et à s'infiltrer d'une sérosité abondante et fétide. Si l'on y pratique alors une coupe, on remarque à la périphérie une coque plus ou moins épaisse, formée d'un tissu noirâtre et putrilagineux, entièrement sphacélé; au centre, existe une zone d'aspect nacré, paraissant normale, mais peu vasculaire; puis, entre les deux, une zone intermédiaire présentant différents degrés de dégénérescence. Ce processus dégénératif semble s'y produire sous trois stades différents. Dans une première phase, on observe l'altération des fibres musculaires lisses; dans une deuxième, celle des fibres conjonctives et des vaisseaux; et enfin, à la troisième, on ne trouve plus que quelques débris d'éléments histologiques. Outre diverses lésions des tissus, le microscope y révèle une flore microbienne extrêmement abondante avec germes aérobies autant qu'anaérobies, signalée tout particulièrement par M. le Professeur Bégouin, d'après les études faites alors par le Docteur Brandeis. Toutefois, certains auteurs, Hartmann et Mignot, Delore et Dor, Legros, Piquand, notent plus

spécialement au niveau de ces tumeurs, la présence de germes anaérobies. Il est d'autre part aisé, d'expliquer la pathogénie de ces phénomènes gangréneux. Quénu a montré, au cours de ses recherches, la sensibilité extrême à la pénétration microbienne de la muqueuse utérine amincie et distendue par le développement du myome, parfois aussi ulcérée, perforée même (Professeur Chavannaz), par une exploration brutale, une cautérisation, des essais de traitement électrique, la coexistence d'un cancer ou d'une métrite. Pour les tumeurs pédiculées, comme nous l'avons signalé déjà, interviennent en outre les phénomènes de torsion ou d'étranglement du pédicule. Cette torsion, observée pour la première fois par Times, en 1861, est fort bien étudiée dans la thèse de Lameland. Elle se traduit soit par une ischémie brusque et une nécrose brutale dans certains cas, soit plus habituellement par des hémorragies et des lésions d'œdème dans les formes légères. Enfin, Potherat trouve dans les contractions utérines une cause nouvelle de gêne dans la vascularisation du polype : « L'utérus, dont les fibres ont subi l'hyperplasie et l'hyper-trophie, comme dans la grossesse, se contracte pour se délivrer du fibrome ; cette contraction peut arrêter la circulation dans l'intérieur du polype, alors même qu'il a été accouché, car elle continue à s'exercer sur le pédicule plus ou moins distendu ». Par contre, Quénu, qui attache une grosse importance à la torsion du pédicule et à son élongation, conteste l'influence de ces contractions utérines, comme cause entraînant l'ischémie du fibrome. Il est enfin intéressant de noter, avec Lejars, que la production de ces irrégularités circulatoires sera facilitée par le fait que « le pédicule de ces tumeurs, même les plus volumineuses, est peu vasculaire ».

Quant à la gangrène des fibromes sous-séreux pédiculés, le même mécanisme de torsion pédiculaire pourra ici prévaloir, avec cette particularité toutefois que, même dans les cas d'ischémie brutale, la nécrose débutera ordinaire-

ment par les parties centrales, et de façon aseptique, la tumeur conservant encore une certaine vitalité grâce à des adhérences séreuses fréquentes. Pour les fibromes sessiles, coiffant le fond utérin allongé et hypertrophié, Le Dentu et Delbet pensent que l'organe lui-même constitue le pédicule et pourra subir l'influence des mêmes phénomènes perturbateurs que dans les cas précédents.

La description et l'évolution des fibromyomes interstitiels atteints de mortification aseptique retiendra notre attention un peu plus longuement. Anatomiquement, le fibrome atteint de nécrobiose se présente à l'ouverture de sa capsule avec une couleur caractéristique « lie-de-vin » ou « hortensia », parfois aussi « verdâtre » et mêlée de « jaune-brun ». La première coloration est assez fréquente pour que les auteurs aient dénommé ces tumeurs du terme de « myomes rouges ». On la rencontre dans deux observations de Barbouth, deux de Pollosson et trois de Lecène. La couleur jaune-ocre est signalée aussi dans plusieurs observations de Hyenne et deux de Barbouth. Cet auteur, avec Ferroni, Gebhard et Lecène, admet que la couleur rouge-vineux des myomes, ne serait autre que la traduction de la diffusion de la matière colorante du sang provenant des hémorragies interstitielles. Pollosson et Violet signalent même la présence de taches ecchymotiques à la surface du fibrome en nécrobiose. Ce dernier présente alors une consistance des plus variables, ferme dans certains cas, molle dans d'autres, présentant parfois en certains points des cavités irrégulières remplies de liquide d'aspect hématique ou puriforme. Selon Barbouth, trois stades différents dans l'évolution du processus de mortification. Dans la première phase, ou nécrobiose au début, on observe une diminution des fibres musculaires lisses, avec augmentation des fibres conjonctives; les vaisseaux sont dilatés et épaissis, quelquefois leur paroi est deux à trois fois plus épaisse qu'à l'état normal, suivant l'auteur. L'épaississement de ces parois vasculaires est surtout très marqué dans les utérus

ayant eu une circulation très active au cours de grossesses répétées, durant la période d'activité sexuelle des malades. Mais, comme l'ont également signalé Polosson et Lecène, un fait remarquable est la dilatation constante des capillaires, que l'on y trouve gorgés de sang. Au cours d'une deuxième phase évolutive, où la nécrobiose se montre encore incomplète, les fibres musculaires sont nécrosés, seuls subsistent quelques restes mal colorés. Les fibres conjonctives possèdent des noyaux plus grands et plus clairs que normalement. C'est aussi la période contemporaine, selon Barbouth, des hémorragies interstitielles avec globules plus ou moins altérés, dissociant les faisceaux musculo-conjonctifs. Les thromboses vasculaires y sont fréquentes et les capillaires, bourrés de globules rouges et de quelques leucocytes, sont rompus par endroits. Parfois, il existe une infiltration séreuse baignant les tissus, c'est la variété œdémateuse. Dans un troisième stade, enfin, la dégénérescence est complète ; plus aucun élément histologique normal ne subsiste. On relate seulement l'existence d'une bouillie caséeuse, ne contenant plus que des éléments mortifiés ; mais l'observation ne décèle à aucun moment la moindre trace inflammatoire et jamais de polynucléaires. D'ailleurs, des ensemencements multiples sur milieu aéro-bies et anaérobies avec des fragments de tumeur n'ont jamais cultivé (Lecène).

Après cette étude anatomo-pathologique, une autre question se pose, capitale, c'est celle de la circulation artérielle des myomes. Des controverses nombreuses ont eu lieu à ce sujet. Cruveilhier déniait à ces fibromes des artères importantes, Gusserow faisait venir leurs vaisseaux nourriciers d'adhérences secondaires ; Virchow leur attribuait des ramifications vasculaires abondantes, allant se raréfiant à travers les lames celluleuses. Claisse y signale enfin l'existence de nombreux sinus sanguins sans paroi propre. Mais il faut arriver aux recherches de MM. les Professeurs Bégouin et Chavannaz, puis plus tard de M. le Docteur Bardon, pour avoir une idée nette de ce que peut être cette

vascularisation. Gambier, dans sa thèse de doctorat (1908) inspirée par M. le Professeur Bégouin, étudie après injection de l'artère utérine cette circulation par dissection de trois fibromes normaux. Et il trouve que « chaque noyau fibreux reçoit une artère et une seule ». En opposition avec cette théorie, voulant que le noyau fibromateux ne soit irrigué que par une seule artère nourricière, MM. le Professeur Chavannaz et Nadal, après injection de l'artère utérine gauche, arrivent aux conclusions suivantes : que « la circulation de la tumeur paraît être une circulation en nappe. Il n'existe que peu ou pas de gros rameaux la pénétrant franchement et profondément » ; de plus, pour ces auteurs, il existe une solidarité très étroite entre la circulation propre du fibrome et celle de l'utérus. Enfin, tout dernièrement, les recherches de M. le Docteur Bardon semblent venir concilier les deux théories précédentes. D'après cet auteur, qui emploie pour l'étude de cette vascularisation la radiographie après injection de l'artère utérine par une substance opaque aux rayons X, « il existe au niveau des fibromes utérins une double circulation artérielle, périphérique et centrale. La première, très abondante, reste en continuité avec la circulation utérine grâce à de nombreuses anastomoses. La seconde, centrale, apparaît sous la forme d'une artère unique, terminale ». De là, les déductions pathogéniques sont nombreuses. M. Bardon admet qu'il y a, dans la nécrobiose, suppression de la vascularisation centrale, « en même temps que densification du tissu périphérique abondamment pourvu d'artères », et que celle-ci produit progressivement à l'endroit des vaisseaux centraux, par un mécanisme de striction, « un étranglement à la base que l'absence d'anastomoses ne permet pas de compenser ». Ce ne serait plus la contraction utérine habituelle qui serait le facteur de compression de l'artère centrale du noyau, mais alors le tissu fibreux. Et il est possible, en effet, que les congestions accidentelles du côté de l'utérus, plus haut indiquées, soient le fait d'une circu-

lation extrêmement active à la périphérie de la tumeur, vu que la vascularisation périphérique est liée étroitement à celle de l'utérus lui-même. Dans le même ordre d'idée, grâce à son action compressive identique, paraît intervenir l'hématome circonférentiel de la loge celluleuse située entre le noyau fibromateux et le tissu propre utérin, tel que le relate l'observation IV. Mais, outre les diverses causes déjà notées pouvant déterminer l'oblitération de l'artère centrale du myome, et caractérisées à l'âge qui nous occupe par l'artérite oblitérante, la thrombose et l'embolie, nous pouvons en dehors de l'ischémie produite par les contractions utérines, envisager une dernière hypothèse. Nous savons qu'au point de vue histologique la tumeur fibreuse est enveloppée d'une coque conjonctive d'autant plus dense et plus épaisse que le fibrome est plus âgé et de moindre activité. N'est-ce point là le cas de ces fibromes latents et silencieux qui ne se révèlent que tard par une complication. D'autant plus que, là encore, un autre phénomène semble intervenir, celui de la calcification qui, elle-aussi, s'arrête généralement à la formation d'une coque périphérique. Supposons alors que, sous certaines influences, un travail actif d'hyperplasie cellulaire, relevant de la cause cancéreuse, se produise; la tumeur augmentant progressivement de volume se trouve comprimée et étouffée à l'intérieur de sa coque résistante. La compression portera son action sur les parties les moins bien protégées, et écrasera l'artère centrale du myome, amenant ainsi secondairement la nécrose de celui-ci. Et toutes les causes de même nature, capables d'engendrer à l'intérieur de cette coque une hyperpression, telles que l'afflux de cellules rondes ou fusiformes, s'il s'agit d'un développement sarcomateux au niveau du noyau fibreux, ou bien les hémorragies interstitielles à la suite des ruptures vasculaires, détermineront par là même l'écrasement de capillaires et vaisseaux sans résistance et la nécrobiose consécutive. Pareille compression vasculaire par hémorragie capillaire est notée au cours de l'observation II.

Symptomatologie.

Nous allons à présent essayer de superposer aux formes anatomiques précédentes des formes cliniques correspondantes, et nous commencerons ce chapitre par les manifestations symptomatiques de la nécrobiose, de beaucoup les plus intéressantes.

Quand le tableau clinique y sera au complet, ce qui est relativement fréquent, le processus sphacélique, se traduira habituellement par la triade symptomatique suivante :

1° *Douleur plus ou moins aiguë ;*

2° *Augmentation brusque du volume de la tumeur, s'effectuant parallèlement à une diminution de sa consistance ;*

3° *Altération de l'état général, se manifestant par une réaction fébrile peu intense et un teint jaune particulier des téguments.*

La douleur, symptôme des plus constants, signalée par tous les auteurs, se présente sous la forme de douleur spontanée et de douleur provoquée. Spontanée, elle débute d'ordinaire, selon M. le Professeur Bégouin, par une crise aiguë d'une violence extrême, rappelant par exemple celle de la torsion du pédicule des kystes ovariens; même parfois, d'après Lecène, elle peut s'accompagner d'une réaction péritonéale assez marquée. La crise passée, il persiste souvent une douleur, mais d'une intensité légère. D'autres fois, ces crises de « coliques utérines » deviennent intermittentes (obs. III) et d'autant plus vives que s'étend le foyer nécrobiotique. M. le Professeur Bégouin rapporte à ce sujet un

cas où la durée des crises fut d'abord de quelques heures, puis de quelques jours, et enfin d'une semaine, alors même que leur acuité augmentait également d'une façon progressive, Ces douleurs sont habituellement localisées dans le bas-ventre, avec des irradiations fréquentes aux lombes et aux cuisses (obs. IV). Il est d'ailleurs probable, ainsi que le signale Barbouth, « que le syndrome aigu indique qu'il y a une nécrobiose brusque, tandis que les petites crises doivent faire penser plutôt à la nécrobiose lente ou à petits foyers multiples ». Ces crises douloureuses sont en tous les cas d'une grosse importance diagnostique, et Delbet a observé un cas de fibrome rouge de petite taille qui donnait lieu à des crises extrêmement aiguës, et que seule guérit l'hystérectomie. Il est vrai, aussi, que cette douleur est loin d'être toujours aussi marquée et quelquefois, au contraire, elle peut avoir complètement disparue. C'est alors la douleur provoquée qui la remplace. Cette sensibilité spéciale de la tumeur à la pression, signalée tout particulièrement par MM. les Professeurs Bégouin et Chavannaz, est relatée au cours de nos observations (I, II et IV). Pour Barbouth, la douleur serait due « à la distension des tissus par les hémorragies interstitielles », ce que nous notons d'ailleurs dans les observations où elle existe. Quant à sa constance, il faut remarquer quelle est notée au cours de nos quatre observations, et que L. Smith et F. Shaw, sur 15 cas publiés, ne la signalent cependant que sept fois.

Un deuxième caractère important est l'apparition de métrorragies abondantes, après un laps de temps plus ou moins long de cessation complète des règles ; ces hémorragies accompagnant ou succédant généralement aux crises de coliques utérines. Elles ont été signalées par Barbouth et par Piquand ; nous les notons dans les observations II et III, voire même, dans cette dernière, accompagnées de l'expulsion de caillots de sang. Des cas de ce genre sont également publiés dans la statistique de Smith et Shaw.

Connaît-on déjà, par contre, l'existence de la tumeur ?

Son accroissement rapide et sa tendance particulière au ramollissement attirent notre attention. Phénomène que Gambier a mis en relief dans sa thèse de doctorat, également relaté par Barbouth et les auteurs anglais (3 fois sur 15).

Enfin, les deux derniers symptômes concernent les altérations de l'état général. Le premier, et le plus important, est caractérisé par une élévation thermique, modérée mais continue :

Observation I : 38°2 ; 38°3 rectale.

Observation II : 37°4 ; 37°6.

In thèse de GAMBIER : 37°3 ; 37°5 ; 37°8.

Pour Lecène, ces accidents fébriles seraient la traduction simple de la « fièvre aseptique de résorption ». Résorption portant son action sur le sang entravé des capillaires et sur les déchets cellulaires au niveau du foyer en voie de nécrobiose aseptique. Ces accès fébriles, souvent isolés et passagers, n'entraînent jamais de modification du pouls et ne portent aucune atteinte grave à l'organisme. Un phénomène corrélatif, et dont la cause pathogénique paraît de même origine, est le facies spécial présenté par ces malades. MM. les Professeurs Bégouin et Chavannaz, dans leurs communications, ont déjà attiré l'attention sur ce teint jaune caractéristique des téguments, et qui rappelle fort bien celui des intoxiqués. Nous ne le notons pas dans nos observations ; il est vrai que dans les deux dernières (III et IV) l'état général reste bon et sans fièvre.

Enfin, une dernière particularité, est la constatation fréquente de pertes blanches, alternant avec les hémorragies (obs. III) ; ces écoulements hydrorrhéiques, sans odeur, par opposition aux pertes fétides observées dans les cas de sphacèle, seraient, d'après Vautrin, dues à un œdème du réseau veineux entourant la capsule du fibrome nécrosé.

Tel est le tableau symptomatique avec lequel se présente

la nécrobiose aseptique des myomes utérins. Néanmoins, il faut remarquer, avec Lecène, « que le fibrome peut se nécrobioser sans donner naissance à des accidents particuliers notables ». Au cours de ce phénomène particulier de mortification après la ménopause, la douleur surtout paraît être une manifestation symptomatique importante à retenir.

Lorsque le foyer de nécrose devient la proie microbienne, au syndrome précédent s'adjoignent alors les divers symptômes de l'infection. Ici encore les deux symptômes cardinaux, douleurs et hémorragies, sont de la plus haute importance et viennent bien souvent révéler l'existence d'une tumeur ignorée de la malade elle-même. Dans l'observ. V, c'est seulement onze ans après la ménopause qu'apparaissent des métrorragies abondantes ; cette nouvelle période de troubles coïncidant probablement avec un accroissement marqué du fibrome. Il en est ainsi au cours des observations VI, VIII, XII. Le symptôme douleur y apparaît de même avec une netteté très précise (obs. V, VIII, XIV).

Mais, ici, autre caractère important, l'état général s'altère très vite, avec une tendance rapide vers la cachexie et une profonde anémie. Ces malades présentent un teint jaunâtre, légèrement plombé, celui des intoxiqués ; l'amaigrissement, tant à cause des pertes abondantes que des accidents infectieux, est souvent extrême. Les troubles digestifs manquent rarement, simulant le tableau d'un embarras gastrique, avec inappétence, vomissements et diarrhée (obs. XI). Quant à la fièvre, elle oscille d'ordinaire aux environs de 37°5 ; parfois intense, irrégulière, accompagnée de frissons et de sueurs. On note encore de l'albuminurie, et fréquemment des pertes abondantes, brunâtres et très fétides, ainsi que nous le notons dans les cas d'association cancéreuse au cours des observations X et XI ; ces pertes renferment d'ordinaire du pus et des débris de tissus sphacelés. C'est alors la période contemporaine de l'ouverture du foyer septique, hors des limites de la paroi utérine, soit dans la

voie vaginale, le plus habituellement, soit par ulcération du rectum (obs. V). M. le Professeur agrégé Duvergey rapporte, à ce sujet, un beau cas de sphacèle utérin.

En somme, la malade s'achemine vers une cachexie progressive si l'on n'intervient pas. Balade semble faire allusion à cette phase terminale quand il dit : « Les signes anémiques prédominent : pâleur, bouffissure, souffles vasculaires, albuminurie. La malade meurt d'épuisement plus ou moins lent, à moins qu'un travail d'élimination du pus et du sphacèle ne hâte la terminaison fatale ».

Diagnostic.

Lorsqu'une malade ayant dépassé la ménopause et après une suspension menstruelle plus ou moins longue est reprise à nouveau d'hémorragies utérines, de douleurs abdominales vives avec fièvre, d'augmentation rapide du volume du ventre, que l'on constate au toucher la présence d'une tumeur utérine, alors que l'examen bactériologique et cytologique du sang ne révèle pas trace d'infection, c'est à la nécrobiose aseptique de cette tumeur qu'il faut penser. Malheureusement, le tableau symptomatique clinique n'est pas toujours aussi complet, et il est des formes frustes où le diagnostic devient même très difficile. Nous éliminerons d'abord la métrite sénile par le toucher, qui révèle l'existence d'une tumeur, et l'hystérométrie, qui donne généralement un allongement marqué de la cavité utérine (9, 12 et même 15 centimètres dans certains cas).

Un diagnostic important, bien que l'indication opératoire se pose dans les deux cas, est celui de tumeur maligne de l'utérus. Après la ménopause, en effet, fibrome gangréné et cancer se manifestent ordinairement soit par des hémorragies alternant avec des pertes blanches, hydropuriformes pour le fibrome, roussâtres pour le cancer ; soit par de violentes douleurs comme dans les formes ulcéreuses du cancer du col, envahissant le Douglas et infiltrant les nerfs sacrés ; soit, enfin, qu'il s'agisse des douleurs précoces par lesquelles se signale le cancer du corps. Les symptômes généraux de l'épithélioma utérin confirmé, amaigrissement, teint jaune-paille, qui résultent de l'anémie et des résorptions toxiques, rappellent d'une façon troublante le faciès

caractéristique de nos fibromateuses. Cependant, le graphique thermique, l'accroissement rapide du volume de la tumeur, son ramollissement et sa sensibilité particulière, suffiront souvent à affermir un diagnostic en faveur du myome. Dans les cas plus difficiles, le curettage après dilatation préliminaire et examen biopsique des masses fongueuses curettées, apportera le plus souvent une certitude. Par contre, s'agit-il d'un polype fibreux en voie de sphacèle, donnant lieu à une sécrétion fétide; la reconnaissance par le toucher s'il est possible de l'anneau lisse et souple du col utérin autour de la tumeur centrale évitera toute cause d'erreur possible. D'ailleurs, alors que le doigt ramène dans ce cas des débris sphacelés d'odeur putride, et relativement peu de sang, dans l'épithélioma la tumeur saigne facilement et les débris présentent cette odeur très spéciale des tissus cancéreux. La confusion dans ce cas est également possible avec une inversion utérine; mais le diagnostic est le plus souvent tranché par le palper abdominal, qui montre l'absence de l'utérus à sa place normale, et la pratique de l'hystérométrie.

Y a-t-il coexistence de fibrome nécrosé et de salpingo-ovarite; en dehors de la succession des poussées inflammatoires douloureuses répétées, la masse ne présente plus la régularité du contour du fibrome, ni non plus sa mobilité habituelle.

Nous signalerons encore un dernier point diagnostic, celui du kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Phénomène assez rare, la présence de ce dernier s'observant surtout durant la période d'activité sexuelle de la femme; mais alors, dans ce cas, l'hémorragie est absente et le palper combiné démontre la présence du kyste.

Enfin, un fait intéressant concerne la détermination de la variété de myomes rouges; les uns apparaissant comme nécrobiosés, les autres comme « encapsulés », et seulement frappés de congestion suivant les auteurs. Violet et Alamar-tine signalent un cas appartenant à cette dernière catégorie

de myome, et dans lequel la symptomatologie rappelle celle d'un début de sphacèle de la tumeur. On note de vives douleurs abdominales, des hémorragies profuses et une température variant de 38° à 39°. Anatomiquement, « le myome est encapsulé, frappé de congestion, et présente des centres d'accroissement, avec cellules jeunes abondantes, semblables à ceux que l'on rencontre dans les sarcomes dits myxomateux ». La fièvre est d'origine aseptique, comme dans les cas de nécrobiose, car les cultures pratiquées avec divers fragments de ces tumeurs sont toujours restées stériles. Selon ces auteurs, un caractère cependant semblerait les différencier de ceux qui sont atteints de gangrène ; c'est que, contrairement à l'évolution de ces derniers, ces myomes encapsulés procéderaient par poussées successives dans l'intervalle desquelles existeraient des périodes de calme et de bonne santé. Depuis, une observation du même ordre a été rapportée par Gaston Michel, et au cours de laquelle une malade présentait des douleurs extrêmement vives, des hémorragies très abondantes, auxquelles vinrent s'ajouter une modification rapide de l'état général et un écoulement aqueux et sans odeur, en dehors des pertes sanguines. Dans ce cas, l'auteur suppose que l'altération de l'état général serait due non pas à la résorption aseptique habituelle, mais plutôt aux pertes abondantes. Et il note à cet effet qu'il n'existe au niveau du myome qu'une circulation ralentie et pas de destruction d'éléments anatomiques.

Enfin, L. Smith et F. Shaw, sur 24 cas de myomes rouges publiés dans leur compte-rendu, n'en distinguent que 9 de cette dernière catégorie, parmi lesquels les tumeurs n'auraient donné lieu à aucun symptôme appréciable en dehors des métrorragies. Cette catégorie se distinguerait de celle où l'on observe la nécrose par l'absence de la thrombose des vaisseaux.

On voit, dans tous ces cas, combien le diagnostic y est difficile.

Pronostic et Traitement.

Le pronostic des fibromes utérins en voie de nécrobiose est, d'une façon générale, relativement bénin. En effet, ici il n'y a pas d'infection dans les premiers stades, ce sont des phénomènes d'intoxication qui dominent la scène. Il existe une intoxication de l'organisme par les produits de désintégration de la tumeur mortifiée, análogue à celle que l'on observe dans la gangrène sèche aseptique des membres artério-scléreux. La toxhémie produite par ces résorptions tissulaires fatigue les malades et, dans les cas de volumineux fibromes, elle peut à elle seule constituer un véritable danger. Surtout s'il s'agit, comme dans les cas que nous étudions, de femmes ménopausiques, par conséquent âgées, dont les émonctoires fonctionnent moins bien, et chez qui des accidents circulatoires ou nerveux ne sont pas rares. De plus, l'infection peut se greffer sur ces nécrobioses et en aggraver rapidement l'évolution par des complications de voisinage, telles que la péritonite, ou par des complications à distance, telles que la phlébite.

L'évolution spontanée de ces tumeurs peut donc aller, grâce à l'exagération progressive des phénomènes généraux, jusqu'à la cachexie terminale, si des accidents infectieux ne viennent pas encore accélérer la fin. Il y a donc indication nette à intervenir chirurgicalement.

Quant aux fibromes atteints de gangrène microbienne, survenant chez des malades âgées, comme le relatent bon nombre de nos observations, le pronostic va s'aggravant. C'est qu'alors, en dehors de l'atteinte sérieuse de l'état général, surviennent fréquemment des complications gra-

ves relevant de l'infection, tels que les accidents septicémiques ou septico-pyohémiques, dus à la résorption des produits septiques au niveau du foyer de gangrène. Si de pareilles manifestations aiguës n'interviennent, la phase évolutive ira se poursuivant jusqu'à la perforation de l'utérus ou d'un organe voisin, rectum par exemple (obs. V). Cette élimination spontanée des produits sphacelés pourra alors avoir les conséquences les plus graves, tel le cas rapporté par Orthmann, où le corps fibreux suppuré avait perforé la paroi postérieure utérine et provoqué une péritonite mortelle, ou encore celui de Duncan (obs. XV). Il est vrai aussi que, lorsqu'il s'agit de fibromes sous-muqueux, il y a bien quelques cas de guérison par élimination directe des masses mortifiées par la voie utéro-vaginale (obs. XII); mais ces exemples sont relativement rares, et ici encore une intervention rapide et précoce est le seul moyen de parer aux accidents pathologiques graves.

Au point de vue opératoire, en général, l'hystérectomie abdominale subtotale est de beaucoup la plus employée et la plus facile. Dans les quatre cas de nécrobiose que nous rapportons, une seule fois l'hystérectomie vaginale est pratiquée, et on constate quatre guérisons. Par contre, au sujet de la nécrose microbienne, le pronostic s'assombrit beaucoup, et nous relatons seulement trois guérisons après hystérectomie abdominale totale sur neuf opérations. Peut-être faut-il attribuer ces insuccès à une intervention trop tardive, alors que l'organisme est trop fortement imprégné par l'infection et que l'opération n'empêche plus la septicémie de suivre son cours.

Dans tous les cas l'intervention la plus hâtive s'impose, et la fièvre ne constitue nullement une contre-indication opératoire. Le choix reste alors partagé entre les deux procédés d'hystérectomie abdominale subtotale et totale. Selon les indications de M. le Professeur Chavannaz, l'hystérectomie totale serait peut-être supérieure à la subtotale, en dehors des cas de nécrobiose aseptique; car, en effet,

ce dernier procédé laisse subsister un moignon utérin qui, malgré la thermocautérisation la plus active, reste toujours suspect d'infection. Aussi, quand le teint de la malade, les accidents douloureux, l'élévation thermique, laissent soupçonner l'existence du sphacèle au niveau de la tumeur, l'auteur conseille, dès que celle-ci est extirpée, de la faire ouvrir par un aide non employé dans l'opération. Et, si l'on constate alors l'existence d'une mortification au sein du fibrome, il sera prudent de compléter immédiatement l'ablation totale de l'utérus. Nous trouvons, à cet effet, un exemple remarquable des conséquences funestes que peut avoir la pratique de l'opération supra-vaginale seule dans les cas de gangrène microbienne, au cours de l'observation VII, où le moignon vaginal suppura et fut peut-être la cause de la généralisation infectieuse qui emporta la malade. De même dans l'observation IX, où la fibromateuse succomba à une septicémie grave, et chez laquelle on trouva à l'autopsie du sang septique dans le moignon.

En résumé, nous voyons d'après les résultats des interventions pratiquées sur les malades dont nous avons pu grouper les observations, que le pronostic opératoire des fibromyomes en voie de nécrobiose n'est pas aggravé par l'âge des malades et par l'état de ménopause, puisque les quatre opérées ont guéri.

Il n'en est peut-être pas de même pour les fibromes en état de sphacèle, c'est-à-dire infectés. Nous relevons alors plus de 60 % de mortalité, ce qui prouve que ces complications septiques des fibromes sont particulièrement redoutables après la ménopause. Cette complication inflammatoire, survenant en effet chez des fibromateuses fréquemment artério-scléreuses et hypertendues, présentant en outre une insuffisance plus ou moins marquée de certains organes (foie, rein, cœur, etc...), sera alors bien souvent funeste aux malades

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(LECÈNE. — In *Annales de Gyn. et d'Obst.*, août 1911, p. 449).

Une femme de 49 ans entre, le 9 mars 1908, à l'hôpital Bichat, dans le service de mon Maître le Docteur Hartmann, pour une tumeur douloureuse de l'abdomen.

Il y a environ deux ans que cette malade a vu grossir son ventre : depuis six mois, elle n'est plus réglée ; jusque-là, les règles avaient toujours été régulières comme quantité et périodicité ; elle a eu six grossesses à terme.

Depuis quinze jours, la tumeur abdominale est devenue douloureuse : ces douleurs siègent surtout du côté gauche et reviennent, sous forme de crises, durant un quart d'heure environ, surtout pendant la nuit. A l'examen, on constate au palper la présence d'une tumeur occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche ; cette tumeur remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic : elle est dure, un peu lobulée et douloureuse à la pression au niveau de sa partie gauche. Au toucher, on trouve le col regardant en bas et en arrière, admettant l'extrémité du doigt : le cul-de-sac postérieur est libre ; dans le cul-de-sac antérieur, on sent plusieurs bosselures qui se continuent avec le col ; les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col.

Il existe un léger état fébrile, 38°2 rectal le soir. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; on fit le diagnostic de fibrome utérin. Le 16 mars 1908, je fis l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ablation bilatérale des annexes : péritonisation complète. Réunion de la paroi sans drainage. Guérison.

L'utérus enlevé contient un fibrome interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus ; ce fibrome a le volume des deux poings : il est bien encapsulé et entouré de tous côtés par du tissu utérin d'aspect normal, mais ce fibrome est de consistance molle, il a une couleur lie-de-vin et verdâtre, suivant les points, surtout en son centre. La muqueuse utérine n'est pas hypertrophiée; les annexes gauches sont normales; à droite, les annexes étaient kystiques et adhérentes à la paroi pelvienne.

Les coupes histologiques du fibrome de couleur lie-de-vin montrent en certains points un aspect très particulier ; le tissu musculaire lisse est réduit à de minces bandelettes, séparées par des vaisseaux capillaires dilatés et pleins de sang ; ces fibres musculaires lisses ont en partie conservé leur aspect normal ; mais, cependant, en certains points, elles se colorent mal, et leurs noyaux ne sont pas visibles; en outre, de nombreuses hémorragies interstitielles parsèment le tissu musculaire lisse et le dissocient. En d'autres points, le tissu musculaire lisse est franchement nécrobiosé, ne se colorant plus et ne présentant plus de noyaux visibles. En aucun point, cependant, il n'existe d'inflammation du tissu cellulaire.

Les cultures faites avec le centre du fibrome lie-de-vin n'ont donné aucun résultat sur les différents milieux aérobies et anaérobies.

OBSERVATION II

(BARBOUTH. — *Revue de Chirurgie*, 1912, p. 471).

Il s'agit d'une dame âgée de 51 ans, qui entre à Necker pour une tumeur abdominale.

Réglée à treize ans, elle a eu cinq enfants. Pas de fausses couches.

En 1900, après un retard de quinze jours, les règles reviennent très abondantes; elle a des pertes rouges entre ses règles. En 1908 survient la ménopause ; puis, peu à peu, elle devient incapable de travailler.

En 1910, le 17 mai, elle est prise de douleurs très violentes

dans le ventre, douleurs accompagnées de frissons et de fièvre. Le 18 mai, elle perd du sang. Ces pertes ont continué jusqu'à la fin. A la palpation : ventre énorme, tumeur allant jusqu'au dessous de l'ombilic, très sensible. Pas d'ascite.

Au toucher, col effacé : on sent une grosse masse dure, très irrégulière, profonde, avec un prolongement s'étendant en haut et à droite de l'ombilic ; de consistance moindre que le fibrome lui-même. Température à l'hôpital : 37°4 ; 37°6.

Le 9 juin, le Docteur Routier pratique une laparotomie médiane. On tombe sur une tumeur énorme, formée d'un gros fibrome avec bourgeonnement, pénétrant dans le mésentère. Il a fallu l'inciser pour pouvoir écarter l'intestin grêle d'abord, le gros intestin ensuite, surtout le côlon descendant. Hystérectomie sus-vaginale, restauration médiocre du mésentère. Quelques points de suture sur la portion douteuse de l'intestin. Péritonisation du petit bassin, suture de la paroi en un plan aux fils de bronze aluminium.

Les suites opératoires ont été très normales, sans aucun incident ; elle sort guérie le 2 juillet 1910.

La tumeur pèse 3.500 grammes ; elle est multilobée et présente de grosses masses polykystiques, d'autres semi-liquides ou solides, fibreuses. Une partie de la surface est bourgeonnante et donne macroscopiquement l'aspect de sarcome.

Elle a été présentée par M. Routier à la Société de Chirurgie.

A l'examen histologique, la plus grande partie de la tumeur présente l'aspect de fibromyome banal. Elle contient des portions œdémateuses, des cavités de toutes dimensions, bordées d'un endothélium, vides de sang, ce qui lui donne l'aspect de fibrome lymphangiectasique.

Dans les fragments prélevés à la périphérie, là où elle présente des bourgeonnements d'apparence sarcomateuse, on voit des dilatations des vaisseaux sanguins, des hémorragies interstitielles et une foule de petits foyers de nécrobiose, ne fixant que très peu les colorants. Pas d'infiltration leucocytaire.

OBSERVATION III

(PIQUAND. — In thèse de Paris, 1905).

M^{me} Cl..., sans profession, âgée de 50 ans, entre à Cochin, service de M. Quénu, le 26 octobre 1903, pour des métrorragies.

Réglée régulièrement à 14 ans. Deux accouchements normaux. Ménopause il y a deux ans.

Au mois de juillet dernier, la malade s'est plaint de douleurs abdominales vives, suivies de métrorragies abondantes, qui ont duré quatre jours.

A la fin de septembre, nouvelles crises de douleurs suivies de métrorragies et d'expulsion de caillots.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade se plaint encore de coliques accompagnées de pertes blanches très abondantes ; deux jours après son entrée, les métrorragies recommencent. Pas de fièvre. Etat général bon.

Examen très difficile en raison de l'embonpoint extraordinaire de la malade. Après dilatation, on sent par le toucher intra-utérin une masse assez volumineuse qui fait saillie dans la cavité.

Hystérectomie vaginale le 9 novembre 1903 par M. Launay. Suites opératoires bonnes.

A l'examen de l'utérus, on trouve un fibrome du volume d'une petite orange dans l'épaisseur de la paroi postéro-supérieure de l'utérus ; ce fibrome fait fortement saillie dans l'intérieur de la cavité en soulevant la muqueuse qui, à son niveau, est amincie et légèrement ulcérée.

La tumeur, assez dure, présente à la coupe une coloration brun feuille morte à la périphérie ; brun très foncé, presque noir, dans le centre qui ressemble à un morceau de caoutchouc. Elle exhale une odeur fade assez désagréable.

Examen histologique. — Les coupes, prises à la périphérie, montrent un aspect rappelant celui des myomes en dégénérescence fibreuse totale ; elles montrent des bandes de tissu fibro-conjonctif ondulé, avec quelques noyaux allongés, mal colorables par les réactifs. On ne peut distinguer aucune fibre musculaire ; par contre, on voit quelques vaisseaux à lumière très

réduite dont les parois sont peu distinctes, mais présentent encore un endothélium reconnaissable.

Dans la zone centrale présentant l'aspect d'un morceau de caoutchouc brun-noirâtre la structure est extrêmement simple, formée exclusivement par des faisceaux ondulés, réunis les uns aux autres et groupés en lobules d'une façon plus ou moins nette. Dans ce tissu, aucun élément ne se colore par les réactifs, de sorte que sur les coupes on voit un tissu uniformément grisâtre, plus ou moins foncé, dans lequel on ne peut distinguer aucun élément vivant.

La muqueuse qui recouvre la tumeur paraît normale, mais très amincie ; en plusieurs points, elle a disparu. Il s'agit donc d'une tumeur en nécrobiose complète au centre, incomplète à la périphérie.

OBSERVATION IV

(M. LOUBAT.— *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 12 avril 1921).

La malade est une femme de 52 ans, ménopausique depuis deux ans et qui, pendant sa vie génitale, n'a présenté aucun accident utérin. Mère de deux enfants, elle a toujours eu des règles normales et n'a pas souffert du ventre. Depuis la ménopause, elle n'a jamais eu de pertes et elle ne souffre du ventre que depuis le début du mois de mars dernier. A cette époque, elle a ressenti sans cause apparente une douleur vive dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque gauche, avec irradiation dans la cuisse du même côté. Pas de fièvre, pas de vomissements, pas d'arrêt des gaz, pas de pertes.

La douleur persistant par la suite, bien qu'un peu atténuée, la malade consulte son médecin qui diagnostique un fibrome utérin. Il nous adresse sa cliente pour savoir si elle est justiciable de la chirurgie ou de la radiothérapie. Le toucher montrait la présence dans l'abdomen d'une tumeur arrondie du volume des deux poings, un peu douloureuse à la pression, et faisant corps avec l'utérus parfaitement mobile. L'état général de la malade était bon.

Le diagnostic de fibrome paraissait le plus vraisemblable, et il était facile de conclure que cette tumeur relevait de la chirurgie, car un fibrome qui manifeste sa présence pour la première fois deux ans après la ménopause doit être tenu comme suspect de dégénérescence sarcomateuse ou de complication inflammatoire.

La malade a subi, le 7 avril, l'hystérectomie subtotale par voie abdominale. Il est apparu, en effet, au cours de l'opération, qu'une intervention plus large était inutile, car l'aspect de l'utérus était bien celui d'un utérus fibromateux ; mais, pour plus de précaution, dès que l'utérus a été enlevé, nous l'avons fait ouvrir par un aide pour vérifier s'il n'y avait pas de dégénérescence maligne. La coupe a montré qu'il s'agissait d'un fibrome en voie de *nécrobiose*. Le col pouvait donc être laissé en place. Actuellement, au cinquième jour, les suites opératoires sont bonnes.

La pièce que je vous présente montre que l'utérus contient un fibrome interstitiel du volume d'une orange qui est séparé de la séreuse d'une part, de la muqueuse d'autre part, par du tissu utérin normal qui a au moins un centimètre d'épaisseur dans sa partie la plus mince. Sérouse et muqueuse ne présentent aucun signe d'inflammation.

Le noyau fibromateux présente, à la coupe, tous les caractères d'un fibrome gangréné par nécrobiose aseptique. Sa teinte est, suivant les points : brun-jaunâtre, rose jambonné, hortensia. Il n'y a pas de trace de vascularisation. Le tissu environnant ne paraît guère altéré.

La couche celluleuse lâche qui entoure la capsule du fibrome présente, par contre, un aspect particulier ; elle est le siège, sur presque toute la périphérie de la tumeur, d'une infiltration de sang noir, assez anciennement épanché, formant une véritable coque de trois ou quatre millimètres d'épaisseur qui a vraisemblablement joué un rôle dans l'ischémie du fibrome.

OBSERVATION V

(BOURSIER ET LEFÈVRE. — *Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Bordeaux*, 8 janvier 1907).

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus atteint de sphacèle putride.

Jeanne N..., 58 ans, entra le 20 octobre 1906 dans le service du Professeur Boursier, pour de vives douleurs siégeant au bas-ventre, à droite et à gauche, et accompagnées de fièvre, douleurs dont le début remontait à cinq ou six mois.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels de la malade on ne relève rien d'intéressant.

Réglée pour la première fois à 18 ans ; ses règles étaient régulières, duraient cinq à six jours, étaient peu abondantes, indolores. Dans l'intervalle de ses périodes menstruelles, elle présentait quelques pertes blanches.

Durant la période active de sa vie génitale, elle a eu deux accouchements à terme : à 30 ans et 34 ans ; une fausse-couche de deux mois à 29 ans. A la suite de ces accouchements et de cette fausse-couche, elle a toujours été assez souffrante, présentant des hémorragies, des pertes, des douleurs, de la fièvre. Depuis, elle a toujours un peu souffert du bas-ventre.

La ménopause est survenue sans incident à 45 ans.

A 56 ans, sans cause apparente, elle eut durant toute une année de violentes hémorragies avec douleurs, rejets de caillots, accompagnées d'une anémie profonde. Sans cause appréciable les hémorragies s'arrêtèrent en décembre 1905, et depuis elle n'a plus perdu de sang. Mais, dès lors, s'installèrent des pertes blanches non fétides, peu abondantes.

Apparurent aussi de vagues douleurs dans le bas-ventre, douleurs siégeant sur les côtés et irradiées aux lombes et aux cuisses. Peu à peu ces douleurs augmentèrent d'intensité, surtout à l'occasion des fatigues ; enfin, d'intermittentes qu'elles étaient, elles devinrent bientôt continues, occupèrent tout le bas-ventre, avec cependant prédominance à droite.

Vers les premiers jours d'octobre, ces douleurs devinrent si vives que la malade dut s'aliter et, enfin, entrer à l'hôpital le 20 octobre 1906.

A son arrivée, on se trouvait en présence d'une femme très amaigrie, au teint jaune, et dont la température vespérale s'élevait tous les jours au-dessus de la normale. A l'inspection du ventre, on ne constatait rien d'anormal ; à la palpation, on trouvait le ventre souple dans toutes les régions, sauf au niveau de la région sous-ombilicale, où la palpation suscitait de la défense musculaire, éveillait de la douleur ; profondément, on était arrêté par une masse dure sensible, débordant le pubis de deux travers de doigt, se prolongeant dans la fosse iliaque droite ; cette masse plongeait dans l'excavation pelvienne.

Au toucher, on trouvait un col déchiré à gauche, abaissé, de consistance normale, se continuant avec un corps utérin qui paraissait situé en avant et refoulé contre la symphyse par une masse volumineuse occupant le Douglas, refoulant le cul-de-sac postérieur et les latéraux, remplissant l'excavation pelvienne et que, par la palpation bi-manuelle, on reconnaissait être la masse palpée par le ventre ; le tout était absolument bloqué, absolument immobile. En présence de ces faits, de ces symptômes et des antécédents de la malade, on pensa que l'on avait affaire à une pelvi-péritonite développée autour d'une tumeur utérine. On mit de la glace sur le ventre de la malade et on la soumit aux injections de cyanure.

Les douleurs diminuèrent, les pertes blanches se tarirent ; mais la malade, qui jusque-là était très constipée, fut prise tout-à-coup de diarrhée et, le 26 octobre, elle rendait un peu de pus en allant à la selle. Consécutivement, la diarrhée a persisté, mais sans pus. Douleurs et fièvre persistèrent avec des accalmies et des reprises jusqu'au 10 novembre.

Le 10 novembre on trouvait, à la palpation, une masse volumineuse remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, à gauche, à quatre travers de doigt du pubis, sur la ligne médiane et sur le côté droit, masse un peu bosselée, paraissant rénitente, douloureuse.

Au devant de cette masse, on trouvait des îlots de matité et de sonorité alternatifs.

Par le toucher vaginal, on ne constatait rien de plus que précédemment, si ce n'est que les culs-de-sac postérieur et

latéraux bombaient davantage, et qu'il semblait qu'il existât de la fluctuation transmise de la main abdominale au doigt vaginal.

Le 12 novembre, on pratiquait trois ponctions exploratrices négatives dans le cul-de-sac postérieur ; on ne retira que du sang et un fragment de matière solide demi-molle.

Devant ces ponctions négatives, et en présence des faits suivants :

- 1° Augmentation énorme de la tumeur en peu de jours ;
- 2° Bosselures de consistance demi-molle ;
- 3° Apparition de ganglions volumineux iliaques internes ;
- 4° Cachexie plus ou moins marquée ;

on pose le diagnostic de tumeur maligne du petit bassin, probablement de l'utérus ou des annexes.

Le 16 novembre, la malade faisait une phlébite du membre inférieur droit.

Le 18 novembre, début d'eschare sacrée, et la malade mourait le 30 novembre, n'ayant plus eu depuis le 10 novembre de température supérieure à 37°.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on constatait une grosse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, de couleur violacée, de consistance mollasse, recouverte en partie par les anses grêles, qui y adhéraient lâchement. Les anses grêles réclinées, on constatait que cette tumeur emplissait totalement l'excavation pelvienne ; elle était adhérente aux parois de l'excavation et aux vaisseaux iliaques externes ; on constatait bientôt que cette tumeur appartenait à l'utérus et que les annexes étaient aplaties et adhérentes à la tumeur. Pour enlever cette tumeur dans son entier, il fallut extirper en bloc tous les organes du petit bassin, y compris le péritoine pariétal, puisque la tumeur était adhérente de partout ; le vagin fut sectionné au-dessus du col. La vessie, non adhérente, fut laissée en place. La tumeur une fois enlevée, l'utérus fut incisé sur sa face antérieure et, sur la pièce que l'on a sous les yeux, on peut constater que la cavité utérine est augmentée de volume ; elle mesure 10 centimètres, la muqueuse en est parfaitement saine.

La paroi antérieure utérine est mince, ne mesure pas plus de un centimètre d'épaisseur.

C'est dans la paroi postérieure que se trouve la tumeur. Celle-ci, à sa périphérie, présente encore du côté utérin la structure macroscopique du fibrome ; mais, dans tout le reste de son étendue, on ne trouve plus qu'un magma noirâtre, putrilagineux, qui s'écrase sous les doigts, et d'odeur fétide.

Le rectum aplati, adhérent à la face postérieure de la tumeur, est perforé en un point qui correspond à son extrémité supérieure. Cette perforation explique l'issue de pus par l'anوس le 26 octobre 1906, et sa hauteur explique les signes négatifs perçus par le toucher rectal.

Sur les parties latérales, les nerfs obturateurs, les vaisseaux hypogastriques, étaient adhérents et comprimés. La veine iliaque primitive et externe du côté droit sont oblitérées par des caillots qui paraissent fibrineux à la périphérie.

Les ganglions lombaires sont petits.

Les ganglions iliaques sont volumineux, surtout on en trouve un gros comme une noix au-dessus de l'arcade fémorale gauche.

Du côté des autres organes, rien de particulier à signaler.

Un fragment d'utérus et de tumeur est prélevé.

Un ganglion lombaire et un fragment du gros ganglion iliaque gauche.

L'examen microscopique a confirmé ce que l'examen macroscopique laissait prévoir, c'est-à-dire que le fibrome était sphacélé et que les ganglions volumineux étaient tout simplement des ganglions enflammés.

OBSERVATION VI

(RICHELOT. — In thèse de GERDY, Paris, 1901, p. 96).

*Fibrome sous-muqueux gangrené. — Hystérectomie vaginale.
Mort.*

M^{me} L..., 60 ans, a commencé à perdre du sang 6 ou 7 ans après sa ménopause.

A été traitée pendant 18 mois à Niort par des pansements vaginaux.

Depuis 6 semaines : fièvre, malaises, pertes très fétides ; diarrhée.

Le Docteur Duplouy, de Rochefort, diagnostique un fibrome et conseille de se faire opérer à Paris.

Entre dans le service fin septembre 1896. Malade très cachectique, teint jaune, blafard, température 40°, état général grave. A l'examen : gros utérus, col normal, écoulement extrêmement fétide. Le Docteur Richelot pense à un cancer du corps utérin. On recherche la cause de la fièvre : rien aux reins, rien aux poumons ; elle est dans le foyer septique utérin. Aussi, malgré le danger d'opérer en pleine septicémie, la seule chance de guérison est d'enlever le foyer septique.

Le 3 octobre 1896, opération : hystérectomie vaginale. Opération très laborieuse (dure deux heures) à cause du volume de l'utérus et des précautions à prendre pour protéger le péritoine contre le contenu horriblement fétide de l'utérus. Ce n'est pas un cancer du corps ; c'est un fibrome sous-muqueux ramolli et putréfié.

La journée se passe bien. Le lendemain, température 37°2, bon pouls.

Va bien jusqu'à deux heures du matin. Tout-à-coup, syncope et mort en quelques minutes.

Pas d'hémorragies ; probablement syncope par myocardite chez une femme très infectée.

OBSERVATION VII (Résumée.)

(CHADWICK. — In *Boston medic. and Surg. Journ.*,
29 avril 1897, p. 407).

*Fibrome interstitiel gangréné. — Hystérectomie sus-vaginale.
Mort.*

Le 16 décembre 1896, je fus appelé à voir une malade de 60 ans, veuve, mère de plusieurs enfants.

Elle avait depuis longtemps un fibrome interstitiel du corps utérin, fibrome qui, depuis sa ménopause, avait graduellement diminué, et, depuis plusieurs années, n'avait donné lieu à aucun symptôme.

En août 1896, elle eut de grands chagrins.

En septembre, après une longue promenade, elle eut un grand frisson qui se répéta souvent dans les quatre mois suivants : température allant de 36°5 à 39° et 39°8 ; avec cela, nausées, extrême nervosité, amaigrissement progressif de 60 livres.

A aucun moment elle n'eut de signes de ramollissement ou de modifications du côté de sa tumeur ; on supposa que sa fièvre était due à la malaria qui régnait dans le pays.

Vers le 6 décembre, le pus commença à couler par l'orifice utérin.

Le 16 décembre, examen par le Docteur Chadwick : abdomen rempli par une masse arrondie et dure, mobile, *aucunement douloureuse*. Du col utérin coulait un liquide purulent sans odeur.

L'examen bactériologique, fait par le Docteur Mallory, montre que ce pus contient du streptocoque, mais pas d'écoulement de débris sphacelés.

On fit des injections intra-utérines de permanganate qui n'eurent aucun résultat ni sur l'écoulement du pus, ni sur la température qui monta à 38° et 39°5.

Opération. — Le 23 décembre, hystérectomie abdominale supra-vaginale ; l'opération fut facile sauf que, malgré les précautions prises, un peu de pus coula de la tumeur dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pas de perte de sang, péritoine suturé au-dessus du moignon vaginal. Température tomba de 1 à 2 degrés.

La partie supérieure de la plaie abdominale se réunit par première intention ; la partie inférieure de la plaie se cicatrissa par bourgeonnement, après suppuration légère.

Mais le moignon vaginal suppura, et le pus commença à couler le 10 janvier par l'orifice utérin. Comme cet orifice ne sembla pas drainer suffisamment l'écoulement purulent, on fit une incision au niveau du cul-de-sac de Douglas et on lava la cavité.

Les suites furent bonnes comme état local ; la plaie abdominale fut cicatrisée.

Le pus cessa de couler par le vagin, mais l'état général

s'aggrava : infection générale, fièvre, albuminurie et pyonéphrose.

Mort au milieu de février.

Examen de la tumeur. — La tumeur pesait 2 kilogr. 500.

La tumeur, enlevée, présentait une masse sphérique de 16 centimètres de diamètre, composée des trompes et des ovaires, de l'utérus et d'un fibrome situé dans sa paroi antérieure.

Les ovaires sont petits et fibreux, les trompes normales.

La cavité utérine est très dilatée ; sur la paroi antérieure de la muqueuse utérine est un petit orifice d'où s'écoule du pus, une sonde cannelée y pénètre à deux centimètres.

Une section de l'utérus montre, dans sa paroi antérieure, une tumeur sphérique avec une surface régulière blanc-grisâtre.

Dispersées çà et là sont des plaques petites, irrégulières, opaques, jaunes, et de petites cavités pleines d'un pus épais.

Dans la partie antérieure de la tumeur, était une cavité contenant une masse irrégulière, dense, jaunâtre, à 5 centimètres de l'orifice, libre dans la cavité sauf en un point où elle est restée adhérente.

Partant de cette large cavité, de nombreux canaux petits et irréguliers allaient dans toutes les directions, surtout sur le bord entre la tumeur et la paroi utérine envahie.

Plusieurs de ces cavités ou sinus contenaient du pus.

C'était donc un fibromyome avec nécrose et infection secondaire par le streptocoque.

OBSERVATION VIII

(LASNIER. — Thèse de Bordeaux, 1898).

*Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie sus-vaginale.
Mort.*

M... Marie-Louise, 58 ans.

Antécédents. — Réglée à 13 ans ; règles régulières, pas

douloureuses, durant cinq à six jours ; pertes blanches dans l'intervalle.

Ni mariage, ni grossesse.

Il y a 10 ans, extraction d'un polype utérin par le Professeur Demons : suites longues ; la malade a une phlébite de la jambe gauche et est restée trois mois au lit.

Ménopause il y a 3 ans.

En juin 1897, métrorragie abondante durant dix jours : état général grave.

Le 20 juillet 1897, une métrorragie plus grave encore. Malade exsangue.

Le Docteur Debédât fait quatre séances d'électrisation.

Les hémorragies rétrocedent ; pertes fluides jaunes, rougeâtres.

Depuis trois semaines, les pertes sont devenues fétides et sanieuses.

Etat actuel : 18 décembre 1897. — Sous l'influence de ces diverses tares organiques, la déchéance de l'état général s'est accentuée, la malade a beaucoup maigri, l'alimentation est devenue précaire, l'estomac très intolérant.

Douleurs dans le bas-ventre avec de nombreuses irradiations. Diarrhée depuis six jours.

Examen physique. — A la suite de l'électrolyse, grosse perte de pus durant trois ou quatre jours, puis apparition d'une grosse masse inflammatoire en avant de l'utérus et phénomènes péritonéaux.

A la vulve, vaste érythème propagé aux cuisses et dû aux pertes purulentes abondantes.

La palpation du ventre est douloureuse ; la pression un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic fait couler du pus par la vulve.

Ventre dur, empâté, pas de matité.

Au toucher, on sent le col très en arrière, mou, entr'ouvert ; à la partie antérieure de l'utérus, on sent une grosse masse inflammatoire.

Au spéculum, col peu saillant ; ectropion et légères ulcérations des lèvres du col ; la pression de l'abdomen fait sourdre du pus par l'orifice cervical.

L'hystéromètre donne 85 millimètres de cavité utérine.

21 décembre. — Lavage intra-utérin ; crayon de sublimé.

23 décembre. — Lavage ; quelques pertes de sang.

27 décembre. — Lavage ; on met un drain dans l'utérus.

2 janvier. — On trouve un gramme d'albumine dans les urines ; œdème des jambes, bruit de galop ; on met la malade au régime lacté absolu.

6 janvier. — L'albumine a disparu. Lavage intra-utérin tous les deux jours.

16 janvier. — A la palpation, on sent une masse limitée dans la fosse iliaque gauche et en avant avec une portion très dure, venant presque faire saillie sous la peau.

Jusqu'au 25 janvier, alternative d'hémorragies peu considérables et de débâcles purulentes fétides.

La masse dont il est question paraît limitée, arrondie et presque fluctuante ; peut-être est-ce un abcès pelvien.

Opération. — On décide une laparotomie, pratiquée le 16 février par le Professeur Boursier. On tombe sur une masse du volume d'une tête de fœtus à terme, de consistance pseudo-fluctuante, et qu'on reconnaît être un fibrome.

1° Décortication partielle ; destruction des adhérences nombreuses sur l'intestin avec la paroi postérieure du cavum où se loge la tumeur.

2° Séparation des ligaments larges ; leur section entre deux pinces ; ligature. A gauche, on trouve une portion spongieuse remplie de pus. Extraction de la tumeur hors de l'abdomen avec le tire-bouchon de Doyen qui s'enfonce dans un tissu friable et purulent ; ligature du pédicule au caoutchouc.

3° Section du pédicule ; la section passe à deux travers de doigt au-dessus du vagin.

Pendant ces diverses opérations, un peu de pus a coulé dans le péritoine ; de plus, il s'est fait dans la cavité occupée par la tumeur une hémorragie veineuse en nappe assez abondante ; hémostase ; lavage péritonéal. Drainage. La malade est dans un état syncopal, meurt 20 heures après l'opération sans signes particuliers.

Autopsie : description de la pièce. — La tumeur enlevée est un fibrome ramolli, fongueux, creusé de cavités anfractueuses,

remplies de pus et de débris sphacelés ; la cavité centrale est vaste ; on y trouve des caillots et du pus. La surface, assez lisse, porte la trace des adhérences et présente une bosselure qui correspond au point induré qu'on percevait à la palpation. En somme, fibrome sphacélé, suppuré.

Autopsie proprement dite. — Ventre non ballonné ; pas d'hémorragie externe.

Pas de trace de péritonite, ni d'hémorragie interne.

Vessie saine.

Le moignon utérin est en bon état ; sur ses côtés, on trouve deux pyosalpinx, celui de droite peu volumineux, celui de gauche du volume du poing.

Foie gras, vésicule biliaire bourrée de calculs.

OBSERVATION IX

(CULLINGWORTH. — In *Transact. of Obst. Society*, 1894, p. 268).

Fibrome interstitiel gangréné. — Hystérectomie sus-vaginale.
Mort.

Femme de 61 ans, ménopause à 50 ans. Pas de pertes depuis.

Tumeur abdominale du volume d'un utérus gravide à terme.

A grossi surtout depuis décembre 1893.

Gêne de la miction.

Affaiblissement, fièvre et vomissements persistants depuis trois semaines.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

La malade va bien pendant deux jours, puis les phénomènes de septicémie reparaissent et elle meurt le cinquième jour.

Autopsie. — On trouve trois ou quatre onces de sang septique dans le moignon.

Examen de la tumeur. — Poids : 12 kilogrammes.

Odeur de poisson pourri. Couleur gris-jaunâtre ; à son intérieur, large cavité irrégulière contenant un liquide d'odeur infecte mélangé à du tissu nécrosé.

OBSERVATION X

(BISCH. — In thèse de Paris, 1901, p. 97).

Fibrome interstitiel gangréné. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

M^{me} S..., âgée de 51 ans, se présente au mois de juillet 1901 à la consultation de M. le Docteur Quénu. Dans ses antécédents personnels, on ne relevait que des accidents péritonitiques survenus 28 ans auparavant à la suite d'un accouchement. Depuis plusieurs années, elle était sujette à des pertes de sang continuelles, et la présence d'un fibrome utérin avait été constaté depuis longtemps par plusieurs médecins. Mais, comme elle était d'un âge très voisin de la ménopause, on avait compté sur l'influence de celle-ci pour la délivrer de ses pertes. Cependant, la ménopause n'apporta aucune amélioration dans son état, au contraire. Les règles disparurent, mais les métrorragies persistèrent.

En outre, vers la fin de l'année 1900, ces pertes sanguines prirent une coloration brunâtre et devinrent extrêmement fétides. En même temps, la malade s'affaiblissait, perdait l'appétit, avait de la fièvre tous les soirs, et son teint de femme grasse et légèrement anémiée prenait une teinte grisâtre. Au mois de février 1901, à la suite d'une perte plus considérable, les médecins qui considéraient son fibrome comme en voie de régression et déconseillaient une opération radicale, jugèrent à propos d'intervenir. Ils pratiquèrent des manœuvres intra-utérines suivies d'un pansement. Le soir même, la malade eut 40°5 de température et, pendant les jours qui suivirent, elle fut très souffrante. Puis tout rentra dans l'ordre ; les pertes sanieuses, fétides, reprirent comme auparavant, et la malade continua à se cachectiser.

Lorsqu'elle vint consulter M. Quénu, en juillet, elle était très affaiblie. Son teint était plombé comme celui d'une intoxiquée; elle avait perdu tout appétit. Son état général était déplorable. Elle perdait par le vagin un liquide brunâtre mélangé de détritüs, horriblement fétide.

Au toucher, on sentait un utérus du volume d'une tête de fœtus, bosselé, pas très mobile. Les culs-de-sac étaient libres,

le col légèrement entr'ouvert, ne présentait rien d'anormal. L'urine prise dans la vessie renfermait un peu d'albumine. La malade entra immédiatement dans une maison de santé. Là, pendant les deux ou trois jours qui précédèrent l'intervention, elle présenta tous les soirs une température de 38°; 38°5. On lui désinfecta le vagin au moyen de lavages à l'eau oxygénée. Les pertes répandaient une odeur tellement horrible et tellement tenace qu'on dut désinfecter la baignoire et la salle de bain qui avaient servi à cette malheureuse femme.

Opération le 13 juillet : laparotomie. — Lésions annexielles bilatérales consistant en deux salpingites peu volumineuses. L'utérus portait, au niveau du fond, deux bosselures du volume d'une moitié d'orange. Adhérences à l'S iliaque et à l'épiploon.

Lorsque les ligatures eurent été posées sur les pédicules vasculaires et que le péritoine utérin eut été incisé et décollé prudemment, on entoura soigneusement de compresses la région cervicale de l'utérus. Pendant la désinfection du vagin, et malgré la précaution de l'aide de ne pas comprimer l'utérus en le réclivant, un petit pertuis s'ouvrit sur la face postérieure au niveau de l'isthme, et il s'en échappa une matière brunâtre et pâteuse, comme lorsqu'on presse entre les doigts un tube de peinture. Cette matière fut soigneusement étanchée par des compresses renouvelées. L'opération s'acheva, comme toute hystérectomie totale, par la fermeture du vagin et la péritonisation. Suture de la paroi avec drainage au moyen d'un gros drain en caoutchouc.

Le soir même, la malade avait 39° et 120 de pouls. Pas de vomissements.

Le lendemain matin, 14 juillet, 39°6 et 130. Le soir, 40°3 et 140.

Toujours pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre qui est souple et plat. D'ailleurs, la malade rend des gaz par l'anus. L'urine renferme une plus grande quantité d'albumine que précédemment.

Le 15 juillet au matin, la température était montée à 41°2, le pouls était à 160 ; la malade mourut dans la matinée sans avoir présenté de phénomènes péritonitiques. La mort était manifestement due à une septicémie aiguë.

Examen de la pièce. — Deux fibromes sous-péritonéaux du volume d'une petite orange siégeant l'un sur le fond de l'utérus, l'autre au niveau de la corne droite, et présentant à la coupe un aspect normal. La paroi postérieure de l'utérus, bombée, était occupée par une masse putrilagineuse du volume d'une mandarine, d'une coloration brun-rougeâtre : au centre, une cavité pleine de détritüs semi-liquides et traversée par des tractus bruns. Une mince coque de tissu utérin, friable et d'ailleurs crevée en un point, séparait ce foyer du péritoine. Du côté de la muqueuse utérine, une ouverture irrégulière, déchiquetée, faisait communiquer le foyer avec la cavité de l'utérus. Une odeur extrêmement fétide s'échappait de cette tumeur dégénérée.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. Landel, chef de laboratoire de M. Quénu, à l'hôpital Cochin.

Les coupes pratiquées au niveau des noyaux fibreux laissent facilement reconnaître la structure des fibromyomes ordinaires. Cependant, on remarque en de nombreux points des régions calcifiées ne dépassant pas toutefois le volume d'un noyau de cerise. Mais le fait le plus remarquable est la présence de nombreuses travées cellulaires s'insinuant à travers le tissu fibromyomateux et le dissociant plus ou moins.

Ces travées sont formées généralement d'éléments d'aspect embryonnaire, bien que plus gros que les leucocytes normaux, et dont la nature semble peu aisément reconnaissable. Mais, dans certains points, ces cellules revêtent complètement l'aspect des éléments d'un épithélioma pavimenteux : la forme aplatie, les ébauches de globes épidermiques avec cellules granuleuses, le ciment intercellulaire et, d'autre part, les noyaux bourgeonnants et les figures de division anormale ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Il vient souvent s'ajouter à ces éléments épithéliaux, soit à la surface, soit dans la profondeur des tissus, une grande quantité de leucocytes, ce qui rend parfois leur interprétation assez difficile.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux de l'utérus, ayant envahi les fibromyomes, et s'accompagnant de gangrène.

OBSERVATION XI

(BISCH. — Thèse de Paris, 1901, p. 100).

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie totale. Guérison.

M^{lle} Amélie V..., 56 ans, entre le 5 juin 1901 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Docteur Quénu. Elle a toujours été réglée d'une façon régulière depuis l'âge de 13 ans, jusqu'à sa ménopause qui survint à l'âge de 51 ans.

Pas de grossesse, pas de maladies antérieures. Elle était grasse, très vigoureuse, très active avant sa ménopause ; et, pendant les quatre années qui suivirent, elle continua à jouir d'une santé parfaite, sans éprouver de troubles quelconques, sans avoir ni pertes blanches, ni pertes de sang.

Il y a environ dix-huit mois, elle a commencé à avoir des pertes sanguinolentes qui devinrent rapidement brunâtres, visqueuses et légèrement fétides. Ce caractère de fétidité s'accrut dans la suite jusqu'à devenir insupportable. En même temps elle maigrissait, devenait pâle, affaiblie, et ses fonctions digestives qui jusque-là s'accomplissaient normalement se troublèrent de plus en plus : après chacun de ses repas, elle était très fortement ballonnée, avec des sensations de pesanteur, des nausées et finalement des vomissements. L'appétit disparut à peu près complètement et fit place à un dégoût presque absolu de tous les aliments.

Les pertes devenant incessantes, très abondantes et surtout horriblement fétides, elle se décida, non sans répugnance, à se faire examiner et soigner.

A son entrée à l'hôpital, elle est amaigrie, les traits tirés, le teint jaunâtre, mais légèrement plombé ; plutôt comme une intoxiquée que comme une cancéreuse. Son ventre n'est pas augmenté de volume ; la palpation n'y laisse pas sentir de tumeur. Le toucher vaginal montre un col de forme et de consistance normales ; les culs-de-sac sont libres ; l'utérus a le volume des deux poings ; il est très irrégulier et l'on sent à sa surface de nombreuses bosselures. Le doigt ramène un liquide roussâtre, sanieux, horriblement fétide, d'une odeur

très voisine de celle de l'épithélioma utérin, mais moins fade et plus pénétrante encore.

Pendant les jours qui suivent, la malade présente une courbe de température irrégulière avoisinant 38° le soir.

L'urine prise dans la vessie ne renferme pas d'albumine. On porte le diagnostic de tumeur maligne ; l'utérus n'est pas très gros, il est mobile, les culs-de-sac sont libres, les ligaments larges paraissent indemnes. M. Quénu décide de donner à cette femme les chances de la laparotomie exploratrice, suivie d'une intervention radicale si rien ne s'oppose à l'ablation totale. En outre, M. Quénu formule des réserves sur la possibilité d'un fibrome gangréné.

La malade est préparée soigneusement pendant plusieurs jours ; lavages vaginaux et intra-utérins à l'eau oxygénée, bains répétés, pansements humides de l'abdomen.

Opération le 27 juin : laparotomie. — L'utérus est bourré de fibromes ; il est mobile ; l'hystérectomie totale est décidée. Protection soigneuse du péritoine. Désinsertion du vagin sans incident. Il ne s'écoule pas de liquide par le col, grâce à un tampon de gaze qui l'obture. Péritonisation. Suture de la paroi avec un drainage par un gros drain. Dans la journée, quatre litres de sérum en injection sous-cutanée.

A 5 heures du soir : température 36°6 ; pouls à 76. La malade est calme et n'a pas vomi.

A minuit : température 38°6 ; pouls à 90.

Le 28 juin. — La malade a été assez agitée pendant la nuit ; elle a vomi trois fois.

Le matin : température 38°4 ; pouls à 96.

Le pansement est enlevé. Le drain est laissé en place mais, selon l'habitude du service, on introduit par son orifice une pipette avec laquelle on aspire à plusieurs reprises le liquide qui stagne au fond de la plaie. On retire ainsi une petite quantité de sérosité sanguine épaisse et un peu fétide. Cette opération est répétée le soir à l'heure de la contre-visite, et le matin jusqu'à l'ablation du drain.

Le soir : température 38°8 ; pouls à 92. Le ventre est souple et non ballonné. On donne à la malade un verre de limonade purgative.

Le 29 juin. — La malade est allée à la selle et a rendu des gaz.

Le matin : température $37^{\circ}8$; pouls à 90. Le soir : température $38^{\circ}3$; pouls à 88.

Le 30 juin. — Température $37^{\circ}6$; pouls à 88. On enlève le drain.

La malade baisse progressivement de température jusqu'à 37° . Cependant, le cinquième jour, la partie inférieure de la plaie, à l'endroit du drain, est le siège d'un peu de rougeur. Puis, le lendemain, il se forme à ce niveau dans la paroi un petit abcès à pus verdâtre et très fétide. Eau oxygénée. Pansements semi-humides au moyen de compresses de gaze stérilisée trempées dans l'eau oxygénée et fortement exprimées, recouvertes d'ouate sans taffetas gommé. Cette petite complication, rapidement enrayée, ne retarde la guérison que de quelques jours.

Nous avons revu la malade le 28 octobre, en parfaite santé.

Examen de la pièce. — L'utérus est du volume des deux poings. Des fibromes, au nombre de quatre, font saillie sur la paroi postérieure ; ils ont chacun le volume d'une grosse noix. A la section de l'utérus, on voit une cavité anfractueuse, de la dimension d'un œuf de poule, creusée aux dépens de la paroi postérieure. Cette cavité anfractueuse, irrégulière, traversée par des faisceaux de fibres à demi désagrégées, contient une certaine quantité de détritits rougeâtres, semi-liquides et très fétides. La région cervicale est irrégulière du côté de la muqueuse. Le col lui-même paraît sain.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. Landel, chef de laboratoire de M. Quénu, à l'hôpital Cochin.

Il est nécessaire de multiplier les coupes pour se rendre un compte exact de la nature des éléments que l'on observe au niveau des masses fibromyomateuses gangrénées attenantes à la cavité utérine. Ordinairement, on observe vers la base de ces masses le tissu fibromyomateux ordinaire. Vers leur sommet, on voit des travées fibro-conjonctives ou des bandes de fibres musculaires lisses dissociées par des éléments cellulaires très nombreux de toutes formes et de toutes dimensions.

Mais, au voisinage de la muqueuse, parfaitement reconnais-

sable bien qu'altérée par la gangrène, on observe des boyaux cellulaires tout-à-fait différents par leurs éléments du stroma conjonctif de la muqueuse voisine. Ils sont formés de grosses cellules à noyaux volumineux, irréguliers, bourgeonnant plus ou moins. On trouve partout une karyokinèse abondante et anormale. Tous ces caractères sont ceux d'un carcinome diffus. En certains points ces cellules, par leur forme, par leur disposition et leur orientation, présentent des particularités qui permettent d'affirmer leur origine cylindrique. Ce sont ces éléments épithéliaux qui se retrouvent mêlés à des leucocytes dans les mailles du tissu fibromyomateux dissocié dont nous avons parlé plus haut.

Nous sommes donc en présence d'un carcinome de la muqueuse du corps utérin développé sur un utérus fibromyomateux et s'accompagnant de gangrène.

OBSERVATION XII

(NANTA et CLERMONT. — *Toulouse médical*, 1909).

Polype utérin et pyomètre.

Louise L..., 54 ans, buraliste. Entre à l'hôpital le 12 novembre 1909. Rien à signaler comme antécédents héréditaires. Régée à 18 ans normalement. Grossesse à 21 ans menée à terme. Fils bien portant. Bien régée jusqu'à 49 ans. Jusqu'à cet âge, pas de pertes blanches ni rouges, ni hémorragies. A 49 ans, arrêt des règles.

Brusquement, le 9 septembre 1909, grosse hémorragie utérine sans caillots, sans douleurs ni coliques. Hémorragie très abondante arrêtée le troisième jour par tamponnement vaginal. Pendant trois semaines, anémie intense. Au bout de trois semaines, pertes blanches, fétides. Amaigrissement. Faiblesse. Ni fièvre ni douleur.

Entre à l'hôpital le 12 novembre. A ce moment, femme robuste, pâle, amaigrie, dégageant une odeur infecte. Abondantes pertes purulentes.

Examen. — Ventre gros, flasque. Sous l'ombilic, tumeur

arrondie, dure, lisse, mobile, indolente, grosse comme une tête d'enfant, plongeant dans le petit bassin.

Toucher. — Col mou, déformé comme col d'utérus gravide, presque plissé, non ulcéré, très gros. On ne peut arriver au fond des culs-de-sac. Le doigt ne ramène pas de sang, mais un liquide très fétide.

Au spéculum, col déformé, grisâtre et bourgeonnant. Diagnostic hésitant entre cancer et fibrome sphacélé.

Le 15, au cours d'un pansement, la malade vide à travers les branches du spéculum une partie de son utérus (un verre de pus horriblement fétide).

Le 18 novembre, brusquement, en descendant de son lit, la malade, qui avait senti quelque gêne dans le bas-ventre, sent glisser quelque chose entre ses jambes et laisse couler par terre une grosse masse grise et mollassse. Elle venait d'accoucher d'un gros polype sphacélé sans trace de pédicule (650 grammes).

Lavages intra-utérins à l'eau iodée et permanganate. Guérison complète dix jours plus tard.

OBSERVATION XIII

(GUYOT et ICHON. — *Journal de Médecine de Bordeaux*,
10 mars 1923, p. 165).

Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin, pris pour un prolapsus.

M^{me} L..., âgée de 65 ans, entre salle 8 sur les conseils de son médecin, pour une descente de matrice devenue irréductible et infectée.

Dans ses antécédents, on relève : des règles normales établies à 15 ans, toujours régulières jusqu'à la ménopause survenue à 50 ans.

Pas de fausses-couches. Deux enfants bien portants : une fille âgée de 43 ans et un fils de 40 ans.

L'affection qui l'amène remonte, d'après ses dires, à l'accouchement de son second enfant, en 1882, accouchement très

laborieux ayant duré trois jours, sans application de forceps ni de déchirure périnéale. Suites de couches normales, sans infection. Elle reste trois semaines environ au lit ; mais, à son lever, commence à ressentir une gêne avec pesanteur dans le bas-ventre et entre les jambes, surtout après une longue station debout et une marche de quelque durée. Quelques pertes blanches depuis sa jeunesse, mais jamais d'hémorragie à type métrou ou ménorragique.

Cette gêne augmentant elle fait, sur les conseils d'une voisine, l'acquisition d'un pessaire, qu'elle s'applique elle-même vers 1892. Elle se sent un peu soulagée, mais elle espère de plus en plus ses soins de propreté et, en 1916, présente des phénomènes d'infection au niveau de son prolapsus. Un médecin appelé pratique l'extraction du pessaire non sans peine. Depuis, sa descente de matrice s'accroît, dit-elle, sans qu'elle puisse préciser à partir de quel moment elle a atteint l'orifice vulvaire. Depuis l'accouchement de 1882, présente une hernie inguinale gauche pour laquelle elle porte un bandage.

Il y a un mois, en décembre, au cours d'un effort, en soulevant un enfant de quatre ans, a l'impression que sa matrice sort brusquement.

Elle se décide à se faire hospitaliser.

Examen le 20 octobre 1922. — A la vulve apparaît une tumeur piriforme du volume d'une tête de fœtus à terme, un peu irrégulière, molle, rougeâtre, sécrétant du séro-pus malodorant, présentant des points de sphacèle. A la partie antérieure, zone triangulaire de coloration blanche, d'aspect lisse, faisant penser au premier abord à la vessie prolapsée.

Zone d'épidermisation inflammatoire.

Aucune apparence de col. Un orifice postéro-supérieur, où la pince s'enfonce, peut faire penser à l'orifice externe.

Le pédicule de la tumeur s'enfonce dans le vagin dont l'exploration est rendue difficile. En avant, le cul-de-sac antérieur est à peu près supprimé (4 centimètres à peine). En arrière, par contre, le doigt ne trouve pas le fond du cul-de-sac postérieur, et une pince n'est arrêtée qu'à plus de 12 centimètres, avec une sensation d'obstacle irrégulier.

Du pus est retenu dans ce cul-de-sac.

Le diagnostic de prolapsus sphacélé est porté, et on se décide à une intervention : hystérectomie vaginale imposée par l'état général profondément altéré : fièvre, toxémie, défaillance cardiaque, œdème du membre inférieur gauche.

Avant l'opération, on cherche à préciser les rapports de la vessie : mais le cathétérisme ne donne rien, et un essai de cystographie au bromure de sodium n'a pu fournir le renseignement.

Opération pratiquée par le Docteur René Villar : on se borne à abraser tout ce qui vient de la tumeur extra et intra-vaginale par forte traction. Suites : température abaissée ; affaiblissement progressif ; syncopes successives et mort le surlendemain.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, utérus et annexes normaux et plutôt surélevés. Ligaments utérins nullement allongés. Au-dessous du corps utérin, existe une tumeur occupant la partie supérieure du vagin, entièrement intra-vaginale. En effet, la vessie en situation normale est seulement aplatie d'avant en arrière, mais se décolle bien facilement. Aucune adhérence postérieure du vagin avec l'anse sigmoïde et le rectum.

La pièce présente, après incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin, une tumeur de forme arrondie développée au niveau du col utérin, en avant du canal endocervical, tumeur dure, régulière, partiellement adhérente au dôme vaginal distendu, mais n'infiltrant pas ses parois.

Examen histologique (Prof. Sabrazès) le 29 décembre. — Polype fibreux en mauvais état atteint d'œdème et de nécrose. Pas de thromboses, pas de revêtement muqueux.

En somme, fibrome cervical évoluant depuis plus de 30 ans, ayant peut-être causé la dystocie du second accouchement, mais n'ayant jamais causé de métrorragies. Fibrome considéré et traité comme un prolapsus, secondairement infecté et sphacélé.

OBSERVATION XIV

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Docteur LOUBAT.)

Gangrène septique d'un fibrome utérin après la ménopause.

M^{me} D..., 59 ans, mère de deux enfants, a été réglée jusqu'à l'âge de 55 ans. Pendant sa vie génitale, rien n'a permis de penser à l'existence d'un fibrome : menstruation régulière, sans douleur, pas de pertes anormales. Bonne santé habituelle.

Au mois de juillet 1922, M^{me} D... présente des pertes vaginales abondantes, de consistance liquide, ne tâchant pas le linge, véritablement hydorrhéïques. Au bout de trois semaines ces pertes renferment quelques débris grisâtres.

Un médecin, consulté, fait une cautérisation du col.

Bientôt apparaissent des phénomènes douloureux dans le bas-ventre qui obligent à garder le lit et, dans le courant du mois de septembre, l'état général s'altère. La malade a de la fièvre, elle souffre violemment dans le bas-ventre, les pertes sont de plus en plus épaisses, presque purulentes, et sont parfois striées de sang. Nous voyons la malade à ce moment et nous constatons, avec une température de 39° et un teint jaune, la présence d'un très gros utérus, douloureux, immobile avec col fermé. Tout le bassin est le siège d'un empatement diffus.

Nous portons le diagnostic de fibrome utérin avec gangrène et périmérite, et nous conseillons l'intervention chirurgicale.

Le 13 octobre 1923. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane.

Inflammation péritonéo-pelvienne accentuée, avec adhérences nombreuses de l'utérus à la vessie, à l'intestin, à l'épiploon. Présence de pus par endroit. L'utérus est du volume d'une tête forte. Hystérectomie totale rendue laborieuse par les adhérences, l'inflammation pelvienne et la fixité de l'utérus. Drainage vaginal et abdominal.

Les suites opératoires ont été assez bonnes, malgré une suppuration de la paroi. La malade peut quitter la maison de santé au bout d'un mois.

Les suites éloignées ont été troublées par la formation d'abcès au niveau de la partie supérieure de la cicatrice abdo-

minale, qui ont laissé une fistule qui est encore en cours de traitement (mai 1923).

Examen de la pièce opératoire. — A l'ouverture de l'utérus, on constate que la cavité est très agrandie et qu'elle renferme une tumeur sessile, implantée sur le fond, du volume d'un poing d'adulte, et présentant tous les signes d'un fibrome intra-cavitaire en état de gangrène. La partie centrale de la masse est grisâtre, verdâtre par place, tandis qu'à la périphérie les tissus sont tomenteux, purulents et en voie de désintégration par fragments assez volumineux. La cavité utérine est remplie de pus et de débris sphacéliques.

OBSERVATION XV

(DUNEAU. — In *Medic. Times and Gazette*, 1885).

Duncan cite un cas où, après ménopause, une tumeur fibreuse s'est putréfiée dans sa coque ; puis la coque s'est rompue dans le péritoine, d'où mort par péritonite aiguë.

OBSERVATION XVI (Résumée.)

(F. MONIN. — *Journal des Médecins Praticiens de Lyon et de la Région*)

M^{lle} X..., 59 ans, pas d'antécédents, si ce n'est l'existence d'un fibrome utérin connu d'elle depuis 25 à 30 ans, qui lui causa des hémorragies abondantes et répétées il y a une dizaine d'années, au moment de la ménopause, et des poussées bronchitiques à divers intervalles.

En août 1910, présente les symptômes suivants : inappétence, faiblesse, langue saburrale, teinte subictérique des conjonctives, sensibilité au niveau de la vésicule biliaire, tachycardie (112 à 120 p.), léger état bronchitique ; et, dans l'abdomen, énorme fibrome remontant jusqu'aux fausses-côtes gauches, indolore, n'ayant pas sensiblement augmenté

de volume dans les derniers temps, mais néanmoins ayant grossi d'une façon indiscutable après la ménopause.

A la fin de septembre, fièvre assez élevée, toux avec rougeur de la gorge et un peu de bronchite ; sueurs profuses, tachycardie et vomissements assez fréquents.

Dans la suite, la malade continue à avoir de la température, ne s'améliore pas.

Pourtant, période d'amélioration vers le milieu de novembre.

Au début de décembre, nouvelle poussée de fièvre.

En janvier 1911, nouvelle amélioration ; l'état est presque apyrétique.

Brusquement, vers le 19 juin 1911, nouvelle poussée de température, inappétence, vomissements, facies altéré, perte rapide des forces.

Opération le 11 février. — Enucléation très simple de la tumeur ; pas d'adhérences, pas de signes extérieurs d'inflammation ou de sphacèle.

A l'ouverture de la tumeur, une première section centrale conduit dans la cavité utérine à travers un tissu fibromyomateux normal. La cavité utérine, aggrandie, paraît saine. Une deuxième section latérale fait pénétrer dans un abcès formé au milieu d'un tissu altéré, ramolli, présentant l'aspect d'un flan ; du pus est recueilli, ainsi qu'un fragment de tissu.

Le poids de la tumeur était de 3 kil. 200.

A l'examen, le pus a révélé la présence de staphylocoques.

Examen histologique. — Trois fragments examinés :

1° Fragment de tissu sain, en avant (myome normal) ;

2° Fragment de tissu déjà altéré, plus en arrière ; aspect myxoïde, cellules musculaires moins nettes, plus courtes, à noyaux altérés, irréguliers, nombreux vaisseaux (tissu en voie de dégénérescence) ;

3° Fragment de tissu vers l'abcès, en arrière ; tissu dégénéré, sphacèle, aucun élément figuré.

Les suites de l'opération furent assez mouvementées. Etat précaire de la malade au troisième jour, température au-dessus

de 40° et pouls à 140 ou 150, irrégulier et intermittent. Vers le cinquième jour, l'état général est moins mauvais, mais la température est encore au-dessus de 39° ; puis, après quelques oscillations, elle revient progressivement à la normale au bout d'une quinzaine de jours.

La malade put rentrer chez elle trois semaines après l'opération.

Actuellement se nourrit, reprend des forces, et tout fait espérer qu'elle est en passe de revenir à un état de santé normal.

CONCLUSIONS

- I. — La ménopause n'amène pas toujours la régression des fibromes utérins, comme l'attestent nos observations. Un fibrome peut rester latent durant toute la période de la vie génitale de la femme, et révéler seulement sa présence par des accidents de gangrène, souvent fort longtemps après la période de l'âge critique.
- II. — Ce processus gangréneux se manifeste sous deux formes bien distinctes : l'une de sphacèle, avec infection pour les myomes exposés ; l'autre de nécrobiose aseptique, pour les myomes interstitiels. Les cas cliniques de cette dernière catégorie correspondent à un noyau central de gangrène, survenant à la suite de troubles importants dans la nutrition du myome. Ces troubles sont liés à la circulation spéciale de la tumeur et aux diverses altérations pathologiques de ses vaisseaux. L'infection secondaire microbienne est facile et fréquente au niveau des éléments anatomiques nécrosés et sans vie.
- III. — La symptomatologie est variable, suivant qu'il s'agit de nécrobiose ou de sphacèle. Alors que dans le premier cas on constate une altération légère de l'état général, due à des résorptions aseptiques, dans le deuxième ce fait s'accroît à cause de l'infection coexistante, teint jaune, troubles digestifs marqués, fièvre élevée.

IV. — Le diagnostic avec une tumeur maligne s'affirmera, en général, par la sensibilité particulière du myome sphacélé, la courbe thermique, l'accroissement brusque du volume du ventre, la coloration variable des téguments, l'absence de ganglions cancéreux ; et, enfin, un examen histologique complémentaire des masses fongueuses curettées donnera, bien souvent, une certitude. L'évolution spontanée peut aller jusqu'à la perforation utérine ou la cachexie terminale.

V. — L'opération est le seul traitement logique. Il faut intervenir d'une façon précoce par l'hystérectomie, subtotala dans les cas de nécrobiose aseptique, totale dans ceux de sphacèle avec infection. A moins qu'il ne s'agisse de polype sous-muqueux, auquel cas on peut effectuer l'extirpation par la voie vaginale. Cette intervention précoce est ordinairement bénigne quand il s'agit de fibrome utérin nécrobiosé chez une femme ne présentant pas de tares viscérales; elle est beaucoup plus grave, par contre, quand la gangrène est d'ordre septique et que la patiente offre des altérations des grands parenchymes (rein, foie, etc.).

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 23 Juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUCHÉ et BRANDEIS. — *Journal de Médecine de Bordeaux*,
7 mars 1909.
- BALADE. — Étude sur la gangrène des myomes utérins. (Thèse de
Paris, 1875.)
- BARBOUTH. — Nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus.
(*Revue de Chirurgie*, 1912, t. 46., p. 571.)
- BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromes utérins.
(*Revue de Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV., p. 553.)
- BÉGOUIN. — Le sphacèle des fibromes interstitiels non exposés.
(*Journal de Médec. de Bordeaux*, 25 avril 1909.)
- Fibrome utérin et sphacèle. (*Journal de Médecine
de Bordeaux*, 10 janvier 1922.)
- La nécrobiose des fibromes utérins. (*Paris Médical*,
t. XII., n° 24, 17 juin 1922.)
- BISCH. — La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés.
(Thèse de Paris, 1901.)
- BOURSIER et LEFÈVRE. — Fibrome interstitiel atteint de sphacèle
putride. (*Journ. de Médec. de Bordeaux*, 24 mars 1907.)
- CHAVANNAZ. — Sur trois cas de sphacèle de fibrome utérin. (*Journ.
de Médecine de Bordeaux*, 14 avril 1907.)
- Trois cas de fibromes utérins sphacelés au cours de la
grossesse. (*Revue de Chirurgie*, Paris 1919, p. 712.)
- CHAVANNAZ et NADAL. — Myome utérin, mécanisme de l'irruption
dans la cavité utérine. (Soc. de Médecine de
Bordeaux, 1913.)

- CHAVANNAZ et NADAL. — Circulation artérielle d'un fibromyome utérin interstitiel sphacélé. (*Journ. de Méd. Bordeaux*, 13 février 1910.)
- CHADWICK. — Fibrome suppuré. (*Boston méd. and surg. Journal*, 29 avril 1897, p. 407.)
- CLAISSE. — Développement des fibromes. (Thèse de Paris, 1900.)
- CULLINGWORTH. — Fibrome interstitiel gangréné. (In *transact. of Obstétr. Society*, 1894, p. 268.)
- DELORE. — Société de Chirurgie de Lyon, 1903.
- DUNCAN. — Terminaison des fibromes. (*Medical Times and Gazette*, 1885.)
- DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé, guéri par l'hystérectomie abdominale totale (*Soc. de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 juin 1920.)
- FAURE et SIREDEY. — Complications des fibromyomes. (Traité de Gyn. médico-chirurgicale, p. 789.)
- FERRONI. — *Ann. di ostet. e ginec.*, n° 4., 1899.
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés. (Thèse de Bordeaux, 1909.)
- GASTON MICHEL. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. (*Bulletin Obstétr. et Gyn. de Paris*, 1912, p. 365.)
- GEBHARD. — *Pathologische anatomie der Weiblichen Sexual-Organen*, 1899.
- GUYOT et ICHON. — Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1923.)
- HARTMANN et MIGNOT. — Suppuration de fibromes interstitiels. (*Ann. de Gynécologie et Obst.*, Paris 1896.)
- HYENNE. — Principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1898.)
- LAMELAND. — De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. (Thèse de Paris, 1909.)
- LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins. (Thèse de Bordeaux, 1897.)

- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, août 1911, p. 449.)
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chir., t. 34, p. 266-267.
- LEGROS. — Gangrènes gazeuses aiguës. (Thèse de Paris, 1902, p. 66).
- LEJARS. — Rapport à la Société de Chirurgie. (30 mars 1898.)
- LORRAIN SMITH et FLETCHER SHAW. — Dégénérescence rouge des fibromyomes utérins. (*Journ. de Chir.*, juin 1913, t. x., page 779.)
- LOUBAT. — Gangrène d'un fibrome utérin après la ménopause. (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux, 12 avril 1921.)
- MONIN. — Fibrome utérin suppuré. (Extrait du *Journal des Médecins praticiens*, Lyon 1911.)
- NANTA et CLERMONT. — Polype utérin et pyomètre. (*Toulouse Médical*, 1909.)
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1905.)
- POTHERAT. — *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1898.
- POZZI. — Altérations et dégénérescences des fibromes. (Traité de Gyn. clinique et opératoire, 4^e édit., p. 345.)
- RICHELOT. — Fibrome sous-muqueux gangréné. (In thèse de GERDY, Paris, 1901, p. 96.)
- TERMIER et DOUVIER. — Fibromes utérins dégénérés. (*Revue de Chirurgie*, 1912, p. 512.)
- TIMES. — *Transact of the London Obst. Society*, 1861.
- TROTOBAS. — De la nécrose et de l'infection larvées dans les myomes interstitiels de l'utérus. (Thèse de Lyon, 1911.)
- VAUTRIN. — Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, t. L., 1898, p. 89-108.)
- VIOLET et ALAMARTINE. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. (*Revue de Chirurgie*, 1910, p. 100.)
- VIOLET et POLLOSSON (A.). — Deux cas de fibromyomes rouges. (*Lyon Médical*, 1905, p. 23-26.)

